

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Déclaration de Maladie

N° W21-669033

147353



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : 10817		Nom & Prénom : DR. OUVICHE R. A. M.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance :		Adresse :	
Tél. :		Total des frais engagés : 358,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 18/12/23	
Nom et prénom du malade : DR. OUVICHE RANIA Age : 38 ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Grippe + Bronchite	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

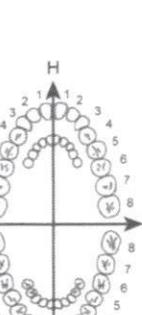
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : Casablanca Le : 30/12/2022
 Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/01/23	CS	6	6	INP : 0900016786
				DR. EL BOUHARI HASSAN Habacik spécialiste de la maladie de Charcot

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
UNIVERSITÄRE BOSENKRÜCK PHARMAZIE LINKE HOS	18-10-23	358,70

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....							
.....							
.....							
.....							

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (empty table rows)	Nature des Soins (empty table rows)	Coefficient (empty table rows)	INP : <input type="text"/>																												
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																												
				MONTANTS DES SOINS																												
				DEBUT D'EXECUTION																												
				FIN D'EXECUTION																												
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" data-bbox="1505 895 1708 1023"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000			35533411	11433553			B			
					H		G																									
					25533412	21433552	00000000	00000000																								
					D		G																									
					00000000	00000000																										
35533411	11433553																															
B																																
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																
MONTANTS DES SOINS																																
DATE DU DEVIS																																
DATE DE L'EXECUTION																																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																



IBN ROCHD

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Oroken 100mg/5ml
gr fl 40 ml
P.P.V : 119,30 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Oroken 100mg/5ml
gr fl 40 ml
P.P.V : 119,30 DH

Glaosmith
Maroc
Ain El Aouda
Region de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

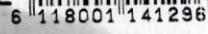
Hôpital du 20 A

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Oroken 100mg/5ml
gr fl 40 ml
P.P.V : 119,30 DH



5 118001 080052

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 29,50 DH



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 18.11.23

ORDONNANCE

Docteur : Dr. El BOUHARI, PAUL
Médecin : Médecin de la Clinique
CHU Ibn Rochd Casablanca

19.30x2

1) OROKEN (enfant) (5) (2 flacons)

5,80x2
2) Ventoline spray (5) (2 flacons)

3) Ventoline nom (5) (1 flacon)

rébalivatim

358,40

1) OROKEN (enfant) (5) (2 flacons)
2) Ventoline spray (5) (2 flacons)
3) Ventoline nom (5) (1 flacon)
rébalivatim

UNIVERSITAIREE BOUSKOURA
PHARMACEUTIQUE HOSPITALIERE
Nouvelles installations Bouskoura
Tél. 05 22 59 23 15